TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TELECONSULTA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

CSM Saúde e Tecnologia S/A · Versão 1.0 — 25 de agosto de 2026

1. CONTROLADOR

Item	Dado
Razão social	CSM SAÚDE E TECNOLOGIA S/A
CNPJ	59.209.792/0001-51
Endereço	Rua Professor Leopoldo Amaral, nº 366, Ed. Empresarial Alto do Parque, Pav. 1001, Salas 09 e 10, Pituba, Salvador/BA, CEP 41.830-494
Registro no CREMEB	Nº 18.366
Direção Técnica Médica	Dr. Elias Fernando Miziara | CRM/BA nº 48.159
Encarregado (DPO)	Lucas Souza de Azevedo | dpo@csmtec.com.br

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**Realizada na aba de cadastro do usuário na plataforma "O Bom Doutor"*

3. CONSENTIMENTO PARA ATENDIMENTO POR TELEMEDICINA

Declaro que fui informado, em linguagem clara, de que o atendimento será realizado a distância, por videochamada, na forma da Resolução CFM nº 2.314/2022, e que:

- o médico poderá, a seu critério técnico, interromper o atendimento a distância e indicar consulta presencial, quando entender que a modalidade não é adequada ao meu caso;
- posso, a qualquer momento, optar pelo atendimento presencial, sem qualquer prejuízo;
- a modalidade a distância tem limitações inerentes, especialmente quanto ao exame físico, o que pode restringir a conduta diagnóstica;
- o serviço não se destina a urgências e emergências, situações em que devo procurar pronto atendimento ou acionar o SAMU pelo telefone 192;
- prescrições, atestados e solicitações de exames serão emitidos eletronicamente, com assinatura digital, e têm a mesma validade dos documentos em papel;
- a transmissão é criptografada e, como regra, o atendimento não é gravado; havendo transcrição automatizada de áudio, serei previamente informado e ela dependerá da minha autorização;
- as informações do atendimento serão registradas em prontuário eletrônico, sob sigilo médico, e guardadas por 20 (vinte) anos.

- o meu consentimento para o atendimento a distância será registrado no meu prontuário, na forma da Resolução CFM nº 2.314/2022, e posso obter cópia deste Termo a qualquer momento e sem custo.

☐ Li, compreendi e **CONSINTO em ser atendido por telemedicina** pela CSM Saúde, nas condições acima.

4. USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO ATENDIMENTO

Declaro que fui informado, em linguagem clara, de que a CSM Saúde pode empregar sistemas de inteligência artificial (IA) como apoio ao meu cuidado, por exemplo, na coleta de informações preliminares de saúde, na organização de dados clínicos para o profissional, em orientações educativas e no acompanhamento de metas nos programas de promoção da saúde, e que:

- a IA atua exclusivamente como ferramenta de apoio: a decisão sobre diagnóstico, prognóstico, prescrição e conduta é sempre do médico, na forma da Resolução CFM nº 2.454/2026;
- a IA não emite prescrição, atestado ou laudo, não realiza classificação de risco de urgência e não comunica diagnóstico, prognóstico ou decisão terapêutica sem mediação humana;
- as respostas geradas por IA podem ser imprecisas ou incompletas, têm caráter informativo e não substituem a avaliação médica;
- o emprego de IA como apoio à decisão é registrado no meu prontuário, com a identificação da ferramenta e da revisão humana realizada;
- posso solicitar atendimento por pessoa humana a qualquer momento e pedir revisão humana de decisão tomada unicamente por meio automatizado, na forma do art. 20 da LGPD.

O emprego de IA como apoio assistencial fundamenta-se na tutela da saúde (art. 11, II, “f”, da LGPD) e não em consentimento.

5. O QUE NÃO DEPENDE DO SEU CONSENTIMENTO

A prestação da assistência à saúde e a guarda do seu prontuário não dependem deste consentimento. Têm fundamento legal próprio: a tutela da saúde e o cumprimento de obrigação legal e regulatória (arts. 7º, II e VIII, e 11, II, “a” e “f”, da LGPD). O mesmo vale para a notificação compulsória de agravos e, no atendimento pelo SUS, para o envio das informações de produção ao gestor público.

As autorizações da seção seguinte são facultativas. A recusa a qualquer delas não impede nem prejudica o seu atendimento.

6. AUTORIZAÇÕES FACULTATIVAS

Assinale apenas o que desejar autorizar:

☐ Receber comunicações sobre serviços, orientações e campanhas de saúde por e-mail, SMS ou aplicativo de mensagem. Essas comunicações não incluirão resultados de exames, conteúdo de consultas ou informações sobre o meu estado de saúde.

☐ Participar de pesquisas de satisfação e de melhoria da qualidade do atendimento.

☐ Autorizar a gravação em áudio e vídeo da teleconsulta, para registro assistencial, com armazenamento em prontuário pelo mesmo prazo legal.

☐ Autorizar o uso dos meus dados de saúde, de forma pseudonimizada, em projeto de pesquisa científica previamente aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sobre o qual serei informado e do qual posso me retirar a qualquer momento.

O uso de dados anonimizados em estudos internos de qualidade não depende desta autorização, por não constituir tratamento de dados pessoais (art. 12 da LGPD).

☐ Autorizar o compartilhamento dos meus dados de saúde com profissional ou serviço de saúde por mim indicado, para continuidade do cuidado.

☐ Autorizar o uso de imagem ou voz, com anonimização obrigatória, exclusivamente para ensino, capacitação e discussão de casos entre profissionais de saúde.

☐ Autorizar a integração do aplicativo com balanças, aparelhos de bioimpedância, monitores de atividade física ou aplicativos de saúde por mim indicados, para acompanhamento no programa de promoção da saúde. Posso desativar a integração a qualquer momento.

☐ Autorizar o uso dos meus dados de saúde para treinar, ajustar ou validar modelos de inteligência artificial da CSM Saúde, quando a anonimização não for tecnicamente possível.

Esta última autorização é dispensável quando os dados forem anonimizados (art. 12 da LGPD), pode ser revogada a qualquer tempo e a sua recusa não afeta em nada o meu atendimento.

☐ Autorizar o uso de imagem ou voz para fins didáticos ou institucionais, com prévia anonimização sempre que possível.

7. PROGRAMA CONTRATADO POR EMPRESA OU INSTITUIÇÃO

Quando o meu acesso ao serviço decorrer de programa de promoção da saúde contratado por empresa, entidade de classe, operadora ou instituição de ensino, declaro estar ciente de que:

- a minha adesão é facultativa, e a recusa em aderir, a saída do programa e o conteúdo dos meus atendimentos não podem gerar qualquer consequência na minha relação de trabalho, associativa ou acadêmica;
- a contratante não tem acesso ao meu prontuário, a diagnósticos, a resultados de exames, a medicamentos em uso, ao conteúdo de consultas ou de interações com o assistente, nem a qualquer informação que permita identificar-me individualmente;
- a contratante recebe apenas relatórios agregados e anonimizados, que não são segmentados em recortes com menos de 20 (vinte) participantes;
- é vedado à contratante utilizar qualquer informação do programa para decisões de admissão, promoção, remuneração, avaliação de desempenho, desligamento, concessão de benefícios ou seleção de riscos;
- o programa não se confunde com o exame médico ocupacional nem com os demais procedimentos do PCMSO (NR-7), e os meus dados do programa não são compartilhados com o serviço de medicina ocupacional da contratante sem a minha autorização;
- o encerramento do meu vínculo com a contratante encerra o meu acesso ao programa, mas não autoriza a eliminação do meu prontuário, que permanece sob a guarda da CSM Saúde pelo prazo legal.

8. **REVOGAÇÃO**

Posso revogar este consentimento, no todo ou em parte, a qualquer momento e sem qualquer ônus, pelo e-mail dpo@csmtec.com.br ou pelo próprio aplicativo. A revogação não afeta a licitude do tratamento realizado antes dela, nem alcança os dados cuja guarda seja obrigatória por lei, em especial o prontuário. A revogação produz efeitos a partir do seu recebimento e será confirmada por escrito, sem qualquer prejuízo ao meu atendimento.

9. **MEUS DIREITOS**

Estou ciente dos direitos previstos nos arts. 17 a 22 da LGPD, descritos na Política de Privacidade do Paciente, que declaro ter recebido e lido, e de que posso exercê-los junto ao Encarregado, com resposta em até 15 (quinze) dias. (Versão 1.025 de Agosto de 2026)

10. **FORMA DE ACEITE E COMPROVAÇÃO**

Este Termo pode ser assinado de próprio punho ou aceito eletronicamente, no aplicativo ou na Plataforma de Atendimento, na forma da Lei nº 14.063/2020 e da Medida Provisória nº 2.200-2/2001.

O aceite eletrônico é registrado com data, hora, endereço IP, identificação do dispositivo e método de autenticação utilizado, e o registro é arquivado junto ao

prontuário, servindo de comprovação do consentimento, na forma do art. 8º, §2º, da LGPD.

Posso solicitar, a qualquer momento e sem custo, cópia deste Termo com o registro do meu aceite e das opções que assinalei.

11. DECLARAÇÃO

Declaro que fui informado, em linguagem clara e acessível, sobre as finalidades, as bases legais, os prazos de guarda, os compartilhamentos e os meus direitos, e que tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas antes de assinar este Termo. Declaro, ainda, que fui informado sobre o eventual emprego de inteligência artificial como apoio ao meu cuidado e sobre o meu direito de recusá-lo.

Local e data: _____ , ____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Aceite eletrônico — preenchimento automático pelo sistema